

Запрос на предоставление данных департаментом DSHS Request for DSHS Records

A. КЕМ ПОДАН ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ДЕПАРТАМЕНТОМ DSHS:				
ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ	ДОЛЖНОСТЬ	
НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ ПРЕДПРИЯТИЯ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО				
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С МЕЖДУГОРОДНЫМ КОДОМ)		НОМЕР ФАКСА (С МЕЖДУГОРОДНЫМ КОДОМ)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
B. ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ПРОГРАММ И ОТДЕЛОВ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS: (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО ПРИМЕНИМО)				
<input type="checkbox"/> Охрана и восстановление психического здоровья (DBHR) <input type="checkbox"/> Управление по делам детей (CA)				
<input type="checkbox"/> Детские пособия (DCS) <input type="checkbox"/> Отдел обслуживания по месту жительства (CSD – соцобеспечение)				
<input type="checkbox"/> Отдел по делам инвалидов с пороком развития (DDD) <input type="checkbox"/> Уход на дому и в учреждениях по месту жительства (HCS)				
<input type="checkbox"/> Управление реабилитации несовершеннолетних преступников (JRA) <input type="checkbox"/> Уход в учреждениях интернатного типа (RCS)				
<input type="checkbox"/> Отдел профессиональной реабилитации (DVR) <input type="checkbox"/> Психиатрические учреждения штата (ESH, WSH, CSTC, SCC)				
<input type="checkbox"/> Другое: _____				
C. ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ КЛИЕНТА ДЕПАРТАМЕНТА DSHS:				
<input type="checkbox"/> Я <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ ЛИЦО				
ФАМИЛИЯ		ИМЯ		ВТОРОЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ		ПРЕДЫДУЩИЕ ФАМИЛИИ		
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДРУГИЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ НОМЕРА	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ	
ЗАПРАШИВАЕМЫЕ ДАННЫЕ КЛИЕНТА: (укажите данные, запрашиваемые в указанных в разделе B программах департамента DSHS)				
<input type="checkbox"/> Данные на прилагаемом листе				
<input type="checkbox"/> Следующие данные:				
<input type="checkbox"/> Все данные клиента, имеющиеся в указанных в разделе B программах департамента DSHS.				
Укажите какие-либо ограничения в запрашиваемых данных департамента DSHS (по дате, типу данных и т. д.):				
D. ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ДРУГИХ ДАННЫХ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS				
Я запрашиваю следующие данные департамента DSHS:				
<input type="checkbox"/> Данные о лицензиях следующего учреждения или поставщика услуг: _____				
<input type="checkbox"/> Другие данные (опишите как можно точнее, включая дату, тип данных, программу и т. д.):				
E. ДОСТУП К ДАННЫМ (ЗАПОЛНИТЕ ДАННЫЙ РАЗДЕЛ ДЛЯ ВСЕХ ЗАПРОСОВ)				
<input type="checkbox"/> Прошу выслать мне копии вышеуказанных данных по почте. Я понимаю, что в соответствии со Сводом пересмотренных законов штата Вашингтон 388-01-080, департамент DSHS может запросить оплату копий предоставленных данных.				
<input type="checkbox"/> Прошу связаться со мной, чтобы назначить время для проверки данных.				
<input type="checkbox"/> Другое:				
ПРИМЕЧАНИЕ. Для получения конфиденциальных данных о других лицах необходимо предоставить доверенность. При необходимости предоставить разрешение, воспользуйтесь формой доверенности DSHS 17-063.				
КЕМ ЗАПРАШИВАЕТСЯ (ПОДПИСЬ)				ДАТА ПОДПИСАНИЯ
ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ, ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ИЛИ НОТАРИУСА В ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОДЛИННОСТИ			ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ, ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ИЛИ НОТАРИУСА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	
Если я не являюсь лицом, к которому относятся конфиденциальные данные, я имею право доступа к этим данным, т. к. я являюсь: (приложите доверенность)				
<input type="checkbox"/> Родителем несовершеннолетнего лица <input type="checkbox"/> Законным опекуном <input type="checkbox"/> Личным представителем <input type="checkbox"/> Другое:				
OFFICE USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED HOW:	DATE RECORDS PROVIDED